

УДК 616.149-005.6-085.

DOI: 10.22141/2224-0586.3.98.2019.165497

Клигуненко Е.Н.¹, Корпусенко В.Г.², Болтянский С.В.²,
Матушак А.М.², Корнеева Е.В.², Медведев А.А.²¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр, Украина² КУ «Днепровское КОСМП», г. Днепр, Украина

Клинический случай успешного консервативного лечения тромбоза воротной и верхней брыжеечной вен

Резюме. Острый тромбоз воротной вены является потенциально опасным для жизни состоянием, представляющим значительные сложности в диагностике и выборе тактики лечения пациента. Единых рекомендаций по оказанию неотложной помощи при данной патологии не существует. В статье представлен клинический случай успешной и своевременной диагностики и лечения этого заболевания.

Ключевые слова: тромбоз воротной вены; тромбоз верхней брыжеечной вены; компьютерная томография органов брюшной полости; системная тромболитическая терапия; эноксапарин

Введение

Под острым тромбозом воротной вены (ТВВ) понимают недавно сформировавшийся тромб в воротной вене и/или ее правой либо левой ветви, возникший в отсутствие злокачественного новообразования и цирроза [1, 2]. Тромб может протираться в брыжеечную или селезеночную вену; обструкция может быть полной или частичной. Острый ТВВ может также развиваться у пациентов с длительной обструкцией частей воротной венозной системы [3]. Инфаркт кишечника — самое опасное экстренное осложнение острого тромбоза воротной и брыжеечной вен; смертность при этом достигает 60 %. Может потребоваться обширная резекция кишечника с риском синдрома короткой кишки [4, 7]. Цель лечения при остром ТВВ: 1) предотвратить удлинение тромба до брыжеечной вены и, соответственно, инфаркт брыжеечной вены; 2) добиться восстановления просвета воротной вены [8, 9]. Диагностика инфаркта брыжейки, вызванного тромбозом, затруднена, т.к. клиниче-

ские, биохимические и радиологические проявления его неспецифичны. Стойкая сильная боль в животе, несмотря на антикоагулянтную терапию, органная недостаточность (шок, почечная недостаточность, метаболический ацидоз, повышение уровня лактата в артериальной крови), выраженный асцит и кровотечение из прямой кишки — все это указывает на инфаркт [4, 7]. Американская ассоциация гастроэнтерологов рекомендует выполнять ангиографию всем пациентам с подозрением на острую окклюзию висцеральных сосудов без явлений перитонита, а также при наличии в анамнезе венозных тромбозов и наследственных гиперкоагуляционных состояний [10]. В проанализированной литературе единых подходов к проблеме лечения тромбоза не существует. Предлагается как консервативная терапия в виде применения антикоагулянтов и/или тромболитиков, так и оперативное лечение в виде тромбэктомии [15]. При хирургической тромбэктомии реканализация достигается только у 30 % пациентов, а ее проведение

© «Медицина невідкладних станів» / «Медицина неотложных состояний» / «Emergency Medicine» («Medicina neotložnyh sostojnij»), 2019

© Видавець Заславський О.Ю. / Издатель Заславский А.Ю. / Publisher Zaslavsky O.Yu., 2019

Для корреспонденции: Клигуненко Елена Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний ФПО, ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», ул. Вернадского, 9, г. Днепр, 49044, Украина; e-mail: klygunenko@gmail.com
For correspondence: Olena Klygunenko, MD, PhD, Professor Head of Department of anesthesiology, intensive care and emergency medicine of faculty of postgraduate education, State Institution "Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine", Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine; e-mail: klygunenko@gmail.com

связано с высокой частотой рецидивов [11]. Тромболизис, по данным Европейской ассоциации по изучению печени (EASL), проводился не более чем у 100 пациентов и в основном это были описания отдельных случаев [12–15]. Однако в некоторых ситуациях ТБВ, особенно при дистальном распространении тромбоза на систему верхней брыжеечной артерии, тромболизис является единственной процедурой этиопатогенетического воздействия на развившийся ТБВ.

Клинический случай

Больной К., 70 лет, массой 100 кг, поступил в отделение анестезиологии и интенсивной терапии (ОАИТ) КУ «Днепровское КОСМП» на 6-е сутки от начала заболевания. С первого дня заболевания больного беспокоили боли в животе, не связанные с приемом пищи, положением тела, сопровождавшиеся явлениями частичного пареза кишечника. На 2-й день от момента появления болей в животе больной обратился к гастроэнтерологу, после осмотра которого была назначена спазмолитическая терапия, не принесшая положительного результата. На 4-й день больной был осмотрен хирургом, проведено УЗИ органов брюшной полости — существенной патологии не

выявлено. К 6-м суткам от начала заболевания состояние больного ухудшилось за счет усиления болевого синдрома и нарастания явлений нарушения моторики желудочно-кишечного тракта. В связи с этим больному была проведена компьютерная томография органов брюшной полости (КТ ОБП) с болюсным контрастированием, которая выявила признаки тромбоза воротной вены с дистальным распространением тромбоцитарных масс на систему верхней брыжеечной вены, признаки венозной гипертензии с явлениями транссудации (рис. 1).

При поступлении в ОАИТ тяжесть состояния больного обусловлена явлениями острой мезентериальной кишечной непроходимости (венозного генеза). Витальные функции, кроме нарушений функции желудочно-кишечного тракта, — относительно стабильные. Имеющаяся сопутствующая патология (ишемическая болезнь сердца — ИБС, фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма, СН2А) в состоянии относительной компенсации.

С учетом вероятности распространения тромбоза в краниальном направлении, возможности развития тотального венозного тромбоза в системах верхней брыжеечной и селезеночной вен принято



Рисунок 1. Скан КТ ОБП с ангиоусилением: 1 — тромб в воротной вене печени; 2 — сохраненный кровоток в воротной вене печени. В воротной вене, с распространением на правую ветвь воротной вены, верхней брыжеечной вены и ее сегментарные ветви определяется дефект наполнения, суживающий просвет сосудов до 3/4. Правая ветвь воротной вены и сегментарные ветви не контрастируются. Мезентериальная клетчатка уплотнена, тяжиста. Селезеночная вена контрастируется на всем протяжении, расширена — 8,9 мм. Небольшие скопления жидкости в левом параколическом канале, у верхнего полюса селезенки и в полости малого таза

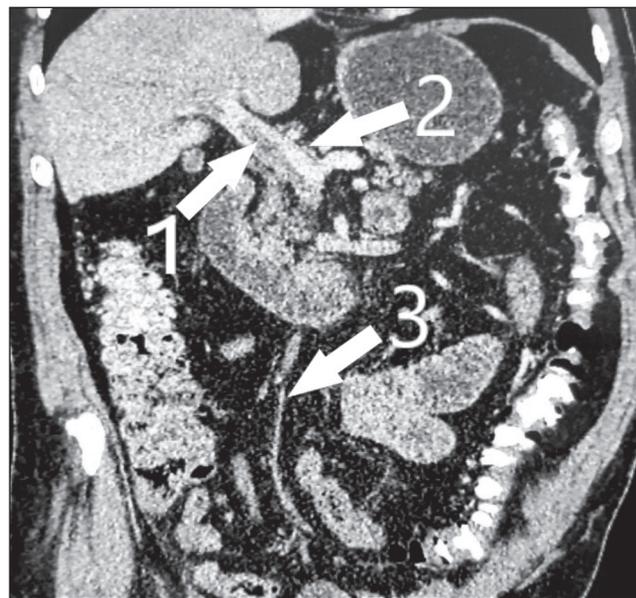


Рисунок 2. Скан КТ ОБП с ангиоусилением в динамике после ТЛТ: 1 — тромб в воротной вене печени; 2 — сохраненный кровоток в воротной вене печени; 3 — восстановленный кровоток в верхней брыжеечной вене. В воротной вене дефект наполнения сохраняется, в области бифуркации толщина тромба уменьшилась, суживает просвет сосуда до 1/2 (ранее не контрастировалась). Верхняя брыжеечная вена — сохраняется дефект наполнения, суживает просвет сосуда до 3/4 (частично восстановилась проходимость), мелкие ветви верхней брыжеечной вены не контрастируются. Скопления жидкости в левом параколическом канале, у верхнего полюса селезенки и в полости малого таза не определяются. Динамика положительная

решение о немедленном проведении тромболитической терапии (ТЛТ). Противопоказаний не выявлено. Больному проведен тромболитический препарат актилизе в дозе 100 мг в 2-часовом режиме с первоначальным болюсом 10 мг. Перипроцедурный мониторинг ТЛТ осуществлялся согласно установленным стандартам.

Через 2 часа после окончания ТЛТ возникло резкое усиление болевого синдрома, потребовавшее использования опиатов, в последующем болевой синдром не рецидивировал. С 4-го часа после окончания ТЛТ отмечена активизация моторики кишечника с полным восстановлением его нормального функционирования к окончанию первых суток нахождения в ОАИТ (больной самостоятельно оправился через 19 часов после ТЛТ). В последующем проводилась антикоагулянтная терапия эноксапарином в лечебной дозе с переходом на 6-е сутки на ривароксабан (ксарелто) в режиме, аналогичном применяемому при тромбозе глубоких вен и тромбозах легочной артерии.

На 3-й день от момента проведения ТЛТ (на 9-й день от начала заболевания) больному повторно проведена компьютерная томография органов брюшной полости. Выявлена значительная положительная динамика в виде частичной реканализации в системах воротной и верхней брыжеечной вен и нивелированием признаков венозной гипертензии (рис. 2).

На 7-е сутки с момента проведения ТЛТ больной переведен в профильное отделение, откуда и выписан домой на 9-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Выводы

1. Венозный тромбоз имеет более благоприятный прогноз, чем другие виды мезентериальной ишемии.

2. Раннее обращение за медицинской помощью повышает выживаемость у пациентов этой группы.

3. Проведение компьютерной томографии органов брюшной полости с болюсным контрастированием при отсутствии абсолютных противопоказаний (беременность, аллергические реакции на йодсодержащие препараты, основная патология в стадии декомпенсации, клаустрофобия, ограничения из-за массы тела пациента) является золотым стандартом в диагностике нарушения кровообращения органов брюшной полости.

Неотложное проведение системной тромболитической терапии является методом выбора при решении вопроса о тактике лечения больных при своевременно диагностированном тромбозе в системе воротной вены.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии какого-либо конфликта интересов при подготовке данной статьи.

Список литературы

1. Rautou P.E., Douarin L., Denninger M.H., Escolano S., Lebrec D., Moreau R. et al. Bleeding in patients with Budd-Chiari syndrome // *J. Hepatol.* — 2011. — 54. — 56-63.
2. De Franchis R. Revising consensus in portal hypertension: report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension // *J. Hepatol.* — 2010. — 53. — 762-768.
3. Rajani R., Bjornsson E., Bergquist A., Danielsson A., Gustavsson A., Grip O. et al. The epidemiology and clinical features of portal vein thrombosis: a multicentre study // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2010. — 32. — 1154-1162.
4. Acosta S., Alhadad A., Svensson P., Ekberg O. Epidemiology, risk and prognostic factors in mesenteric venous thrombosis // *Br. J. Surg.* — 2008. — 95. — 1245-1251.
5. Clavien P.A., Durig M., Harder F. Venous mesenteric infarction: a particular entity // *Br. J. Surg.* — 1988. — 75. — 252-255.
6. Clavien P.A., Harder F. Mesenteric venous thrombosis. An 18-year retrospective study // *Helv. Chir. Acta.* — 1988. — 55. — 29-34.
7. Kumar S., Sarr M.G., Kamath P.S. Mesenteric venous thrombosis // *N. Engl. J. Med.* — 2001. — 345. — 1683-1688.
8. Plessier A., Rautou P.E., Valla D.C. Management of hepatic vascular diseases // *J. Hepatol.* — 2012. — 56. — S25-S38.
9. Senzolo M., Riggio O., Primignani M. Vascular disorders of the liver: recommendations from the Italian Association for the Study of the Liver (AISF) ad hoc committee // *Dig. Liver Dis.* — 2011. — 43. — 503-514.
10. American Gastrointestinal Association Medical Position Statement: guidelines on intestinal ischemia // *Gastroenterology.* — 2000. — 118. — 951-953.
11. Malkowski P., Pawlak J., Michalowicz B., Szczerban J., Wroblewski T., Leowska E. et al. Thrombolytic treatment of portal thrombosis // *Hepatogastroenterology.* — 2003. — 50. — 2098-2100.
12. Smalberg J.H., Spaander M.V., Jie K.S., Pattynama P.M., van Buuren H.R., van Den B.B. et al. Risks and benefits of transcatheter thrombolytic therapy in patients with splanchnic venous thrombosis // *Thromb. Haemost.* — 2008. — 100. — 1084-1088.
13. Ferro C., Rossi U.G., Bovio G., Dahamane M., Centanaro M. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt, mechanical aspiration thrombectomy, and direct thrombolysis in the treatment of acute portal and superior mesenteric vein thrombosis // *Cardiovasc. Intervent. Radiol.* — 2007. — 30. — 1070-1074.
14. Hollingshead M., Burke C.T., Mauro M.A., Weeks S.M., Dixon R.G., Jaques P.F. Transcatheter thrombolytic therapy for acute mesenteric and portal vein thrombosis // *J. Vasc. Interv. Radiol.* — 2005. — 16. — 651-661.
15. Клинические рекомендации EASL: заболевания сосудов печени. Европейская ассоциация по изучению печени (EASL) Русское издание. Т. 2, № 1. The Russian version of this guide is a translation of the original English version and is provided for information purposes only. In case of any discrepancy, the English original will prevail. EASL makes no warranty of any kind with respect to any translated guide // *Journal of Hepatology.* — 2016. — 64. — 179-202.

Получено 12.03.2019 ■

Клигуненко О.М.¹, Корпусенко В.Г.², Болтянський С.В.², Матушак А.М.², Корнєєва Е.В.², Медведєв А.А.²

¹ ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

² КУ «Дніпровське КОШМД», м. Дніпро, Україна

Клінічний випадок успішного консервативного лікування тромбозу воротної і верхньої брижової вен

Резюме. Гострий тромбоз воротної вени є потенційно небезпечним для життя станом, що має значні труднощі в діагностиці та виборі тактики лікування пацієнта. Єдиних рекомендацій з надання невідкладної допомоги при даній патології не існує. У статті наведено клінічний

випадок успішної та своєчасної діагностики й лікування цього захворювання.

Ключові слова: тромбоз воротної вени; тромбоз верхньої брижової вени; комп'ютерна томографія органів черевної порожнини; системна тромболітична терапія; еноксапарин

O.M. Klygunenko¹, V.H. Korpusenko², S.V. Boltiansky², O.M. Matushak², Ye.V. Korneieva², A.A. Medvediev²

¹ State Institution "Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine

² Municipal Institution "Dnipropetrovsk Clinical Emergency Care Association", Dnipro, Ukraine

Clinical case of successful conservative treatment of the portal and superior mesenteric vein thrombosis

Abstract. Acute portal vein thrombosis is a potentially life-threatening condition that cause significant difficulties in the diagnosis and choice of tactics for treating a patient. There are no unified recommendations for emergency care of these patients. The article presents a clinical

case of successful and timely diagnosis and treatment of this disease.

Keywords: portal vein thrombosis; superior mesenteric vein thrombosis; computed tomography of the abdominal organs; systemic thrombolytic therapy; enoxaparin